

## 2025くるめサマー・トリートメント・プログラム(くるめSTP)申込用紙

「くるめサマー・トリートメント・プログラム(くるめSTP)申込について」に示された、学会等での発表及び主治医、学級担任への問い合わせについて同意の上、本プログラムへの参加申込を行います。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

### 1 お子様について

記入日 2025年 月 日

ふりがな			性別	生年月日
お子様の氏名			男・女	西暦 年 月 日 (年齢 歳 ヶ月)
お子様のニックネーム(あれば)			お子様の身長 利き手	cm : 右・左
自宅住所	〒 _____			
保護者氏名	(続柄)	自宅電話番号		
緊急時の連絡先(携帯電話)	誰の( ) 電話番号( )			
在籍学校名	小学校	学年 クラス	年 組	
在籍学校所在地	〒 _____	在籍学校電話番号		
学級担任名				
特別支援学級担任名	※特別支援学級に在籍されている方のみご記入ください			
通級指導教室 学校名・担当者名	※通級指導教室に通っている方のみ、通級指導教室がある学校名をご記入ください。 ( ) 市立 ( ) 小学校 担当( ) 先生			

### 2 お子様の状況について

①診断名	
②診断を受けた医療機関等の名称	
③診断を受けた時期	西暦 年 月 ( 歳の時)
④現在、通院中の医療機関等	
⑤主治医名	

※ ④の現在、通院中の医療機関等とは、①の診断を受けたことについて現在、通院を行っている医療機関等のことです。